



GUBERNUR MALUKU

PERATURAN GUBERNUR MALUKU
NOMOR 64 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI MALUKU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR MALUKU,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan rumah sakit yang bermutu, efektif, efisien, transparan dan akuntabel perlu disusun peraturan internal rumah sakit;
 - b. bahwa dengan adanya perubahan paradigma pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku, perlu penyempurnaan peraturan internal rumah sakit;
 - c. bahwa Peraturan Gubernur Nomor 62 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku sudah tidak sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan sehingga perlu disempurnakan dan diganti;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku;
-
- Mengingat :
- 1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - 2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 22 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah Swatantra Tingkat I Maluku (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1957 Nomor 79) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1617);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah Sakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib dilaksanakan Daerah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI MALUKU.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Maluku.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Maluku.
4. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan tugas pemerintahan di bidang kesehatan.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah Peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit, meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
8. Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku yang selanjutnya disingkat RSKD adalah Rumah Sakit Khusus Daerah kelas B khusus milik Pemerintahan Provinsi Maluku yang melayani pasien, berhubungan dengan kekhususannya jiwa dan umum.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah Peraturan dasar yang mengatur tata cara Penyelenggaraan Rumah Sakit yang memuat peraturan internal rumah sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medis adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan, hak dan kewajiban serta pengorganisasian Staf Medis di RSUD.
11. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan, hak dan kewajiban serta pengorganisasian Staf Medis di RSUD.
12. Pemilik RSKD yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah.
13. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
14. Direktur adalah Direktur RSKD.
15. Tenaga Medis adalah Dokter dan/atau Dokter Gigi yang memberikan pelayanan medik dan penunjang medik di unit pelayanan kesehatan.

16. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Komite Keperawatan adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
18. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
19. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
20. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur RSKD kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSKD berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis dan paramedis untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis atau kewenangan paraklinik sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
24. Mitra bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
25. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
26. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
27. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, elektromedik, laboratorium, rehabilitasi medis dan lainnya.
28. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
29. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada

masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

30. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
31. Penghasilan adalah imbalan kerja yang diberikan kepada Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan dan kepatutan.
32. Staf Medis Organik adalah dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Direktur RSKD sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSKD serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut.
33. Staf Medis Kontrak adalah dokter yang bergabung dengan Direktur RSKD sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Direktur RSKD serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut.
34. Staf Medis Mitra adalah dokter yang bergabung dengan RSKD sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan RSKD, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di RSKD.
35. Staf Medis Relawan adalah dokter yang bergabung dengan RSKD atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas RSKD, dan bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat sesuai ketentuan.
36. Staf Medis Tamu adalah dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis RSKD, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis RSKD atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologibaru.
37. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah Pegawai yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan dipekerjakan pada RSKD.
38. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat Pegawai Non PNS adalah Pegawai yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja BLUD RSKD dan diangkat serta diberhentikan oleh Direktur RSKD.
39. Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada RSKD dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.
40. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Maluku.

41. Sarana adalah bangunan yang sebagian atau seluruhnya berada diatas tanah dan digunakan untuk penyelenggaraann atau penunjang pelayanan
42. Prasarana adalah alat, jaringan dan sistem yang membuat suatu sarana dapat berfungsi
43. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia dan membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh
44. Kerja sama adalah kesepakatan antar RSKD dengan pihak lain yang dibuat secara tertulis dan menimbulkan hak dan kewajiban serta saling menguntungkan kedua belah pihak

Pasal 2

Ruang Lingkup peraturan Gubernur ini meliputi :

- a. peraturan internal organisasi; dan
- b. peraturan internal staf medis

BAB II

PERATURAN INTERNAL ORGANISASI

Bagian Kesatu

Identitas

Paragraf 1

Nama Rumah Sakit

Pasal 3

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Jiwa.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah RSKD Kelas B Khusus.
- (4) Alamat RSKD berada di jalan Jl. Laksdya Leo Wattimena, Desa Negeri Lama, Kecamatan Baguala, Kota Ambon.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 4

Tujuan Strategis RSKD adalah untuk :

- a. meningkatkan mutu cakupan pelayanan;
- b. meningkatkan peran serta masyarakat;
- c. meningkatkan sumber daya manusia di RSKD, Pusat Kesehatan Masyarakat;
- d. meningkatkan pencegahan/penanggulangan angka kesakitan dan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya; dan
- e. meningkatkan sarana prasarana RSKD.

Paragraf 3

Filosofis

Pasal 5

- (1) Visi RSKD adalah mewujudkan pusat rujukan kesehatan jiwa dan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya dalam memberikan pelayanan secara profesional untuk meningkatkan peran serta masyarakat berdasarkan gugusan pulau dan penyelenggaraan pendidikan dan penelitian.
- (2) Misi RSKD adalah :
 - a. memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu;
 - b. meningkatkan profesional petugas;
 - c. manajemen RSKD yang efektif dan efisien;
 - d. menyelenggarakan pendidikan dan penelitian; dan
 - e. menyediakan saran dan prasarana yang memadai

Pasal 6

- (1) Nilai yang dibudayakan dalam pelayanan :

P : Profesional
E : Efektif
K : Kompeten
A : Adaptif
- (2) Falsafah RSKD adalah :
 - a. pasien dan pelanggan lainnya adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban rumah sakit adalah memberikan pelayanan terbaik;
 - b. kehadiran pasien dan pelanggan lain adalah kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit;
 - c. keluhan pasien dan pelanggan lain merupakan wujud kecintaan kepada rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan yang diharapkan;
 - d. kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem; dan
 - e. karyawan dan manajemen selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik.

Pasal 7

Moto RSKD adalah melayani dengan hati yang empati.

Pasal 8

Logo RSKD mengikuti Logo Pemerintah Daerah yaitu sebagai berikut :



Pasal 9

RSKD bertugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan, yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu, upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Bagian Kedua Pemilik

Pasal 10

Pemilik RSKD adalah Pemerintah Daerah.

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya berwenang :
 - a. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Dewan Pengawas;
 - c. melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat Pengelola yang dilakukan paling lama 1 (satu) tahun sekali;
 - d. memberhentikan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Dewan Pengawas karena suatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - e. menyetujui, mensahkan dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit;
 - f. melakukan review berkala paling lama 1 (satu) tahun sekali atas visi dan misi;
 - g. menyetujui rencana strategi dan kebijakan dan standar prosedur operasional Rumah Sakit;
 - h. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit;
 - i. menyetujui rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien;
 - j. menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien; dan
 - k. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang setelah diaudit secara independen bukan disebabkan karena kesalahan dalam pengelolaan.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

Bagian Ketiga
Dewan Pengawas
Paragraf 1
Pembentukan Dewan Pengawas
Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset ... menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.

Pasal 13

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp.30.000.000.000,00 (*Tiga Puluh Miliar Rupiah*) sampai dengan Rp.100.000.000.000,00 (*Seratus Miliar Rupiah*); atau
 - b. Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 50.000.000.000,00 (*Seratus Lima Puluh Miliar Rupiah*) sampai dengan Rp.500.000.000.000,00 (*Lima Ratus Miliar Rupiah*).

Pasal 14

Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (1) terdiri atas unsur:

- a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
- b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
- c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

Pasal 15

- (1) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf c dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD.
- (3) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.

Pasal 16

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Dewan Pengawas sebagai berikut:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengaiarnan, jujur, perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- d. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- e. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- f. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- g. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- h. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1)
- i. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah dan/atau calon anggota legislatif.

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Paragraf 2

Tugas, Wewenang, Tanggung Jawab

Pasal 18

Dewan Pengawas bertugas :

- a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
- b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- d. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
- e. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai :
 1. Rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola; dan
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD: dan kinerja BLUD.

Pasal 19

Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, berwenang :

- a. melihat buku, surat serta dokumen lainnya, memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
- b. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan BLUD;
- c. meminta Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat dewan pengawas;
- d. menghadiri rapat Direksi dan memberikan saran pendapat terhadap hal yang dibicarakan; dan
- e. memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

Pasal 20

Dewan Pengawas bertanggung jawab :

- a. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
- b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit;
- c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program tersebut;
- d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
- e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
- h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Pasal 21

Penilaian kinerja keuangan oleh Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf b paling sedikit meliputi :

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Pasal 22

Penilaian kinerja nonkeuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

Pasal 23

Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur secara berkala paling sedikit (satu) kali dalam satu tahun atau jika diperlukan.

Paragraf 3

Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas diangkat oleh Gubernur.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Gubernur mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan.

Pasal 25

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Gubernur karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan dengan alasan tertentu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan dengan alasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, karena :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Pasal 26

- (1) Gubernur dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 4

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 27

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat khusus; dan
- c. rapat tahunan.

Pasal 28

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf a merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi RSKD dan Komite Medik serta Pejabat lain yang terkait, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di Rumah Sakit.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terjadwal yang dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud ayat (1) dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, Komite Medik dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan atau di luar lingkungan RSKD apabila diperlukan.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan rapat kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik dan Pejabat lain paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Undangan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 29

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf b dilaksanakan untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam hal :
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan/atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota dewan pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan rapat secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus dilaksanakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan diadakannya rapat khusus.

Pasal 30

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf c dilaksanakan dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dalam Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 31

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 32

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 33

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat dilaksanakan.
- (3) Segala putusan dalam risalah rapat tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 34

- (1) Setiap permasalahan yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan dengan tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 35

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi paling lama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Keempat
Pejabat Pengelola
Paragraf 1
Komposisi
Pasal 36

Pejabat pengelola RSKD terdiri dari :

- a. Direktur;
- b. kepala Sub Bagian Tata Usaha;
- c. kepala Seksi Pelayanan;
- d. kepala Seksi Perawatan; dan
- e. kepala Seksi Penunjang

Paragraf 2

Persyaratan, Tugas, Kewajiban, Tanggung Jawab dan Wewenang Direktur
Pasal 37

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf a dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :
 - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumahsakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. berstatus PNS; dan
 - e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Tugas dan Kewajiban Direktur adalah :
 - a. memimpin dan mengurus RSKD sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
 - b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan rumah sakit;
 - c. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
 - d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan;
 - e. mengelola rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
 - f. menyiapkan rencana strategi bisnis dan rencana bisnis dan anggaran rumah sakit;
 - g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan;
 - h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala dan
 - i. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan rumah sakit.
- (4) Tanggung jawab Direktur meliputi :
 - a. pengambilan kebijakan rumah sakit;
 - b. perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan evaluasi

serta pelaporan kegiatan guna kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan; dan

- c. peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
- (5) Wewenang Direktur adalah :
- a. menetapkan kebijakan rumah sakit;
 - b. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
 - c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
 - d. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menetapkan hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi;
 - g. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. mendatangkan ahli, profesional, konsultan atau Lembaga independent apabila diperlukan;
 - i. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan;
 - j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional;
 - k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya; dan
 - l. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah direktur.

Paragraf 2

Persyaratan, Tugas, Kewajiban, Tanggung Jawab dan Wewenang Kepala Sub Bagian Tata Usaha

Pasal 38

- (1) Kepala Sub Bagian Tata usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf b dalam melaksanakan tugasnya bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Sub Bagian Tata Usaha adalah :
 - a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, perencanaan, keuangan dan/atau akuntansi;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi rumahsakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus PNS;

- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Tugas dan kewajiban Kepala Sub Bagian Tata Usaha adalah :
- a. menyelenggarakan program kerja, perencanaan pendidikan, penelitian dan pengembangan;
 - b. menyelenggarakan perumusan kebijakan teknis, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - c. mengoordinasikan, pembinaan dan sinkronisasi kegiatan, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - d. menyelenggarakan koordinasi dengan instansi/pihak lain dalam pelaksanaan tugas;
 - e. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan;
 - f. mengoordinasikan penyusunan rencana bisnis dan anggaran;
 - g. menyiapkan dokumen pelaksanaan anggaran rumah sakit;
 - h. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
 - i. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - j. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
 - k. menyelenggarakan sistem informasi manajemen rumah sakit;
 - l. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
 - m. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerja sama dengan satuan pengawas intern.

Paragraf 4

Persyaratan, Tugas, Kewajiban, Tanggung Jawab dan Wewenang Kepala Seksi

Pasal 39

- (1) Kepala Seksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf c, huruf d dan huruf e dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi adalah :
 - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Tugas dan Kewajiban Kepala Seksi adalah :
 - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan, keperawatan dan penunjang medis;

- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan rencana bisnis anggaran;
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan keperawatan dan penunjang medis; dan
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Pasal 40

Pejabat pengelola rumah sakit diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur;

Bagian Kelima

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 41

- (1) Instalasi merupakan bagian pelayanan non struktural
- (2) Instalasi dipimpin oleh kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur
- (3) Kepala instalasi dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan seksi terkait
- (4) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugas dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional
- (5) Ketentuan mengenai pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur;

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 42

Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan jabatan fungsional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Kelompok jabatan fungsional merupakan wadah non struktural yang terdiri atas sejumlah pejabat fungsional yang terbagi dalam jenis dan jenjang jabatan .
- (2) Pejabat fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai dengan kompetensinya.

Pasal 44

Kelompok jabatan fungsional khusus terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.

Pasal 45

- (1) Jumlah tenaga fungsional khusus ditentukan berdasarkan analisis beban kerja dan/atau.
- (2) Kelompok jabatan fungsional khusus bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsionalnya.

- (3) Jenis dan jenjang jabatan fungsional khusus diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam
Organisasi Pendukung

Paragraf 1

SPI

Pasal 46

SPI dibentuk untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengelolaan sumber daya.

Pasal 47

- (1) SPI bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya RSKD.
- (2) SPI berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) SPI dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Susunan SPI terdiri dari 3(tiga) anggota yang dipilih langsung oleh Direktur
- (5) SPI bertugas dalam melaksanakan pemeriksaan internal keuangan dan operasional rumah sakit, menilai perlaksanaan dan pengendalian kegiatan rumah sakit serta memberikan saran-saran perbaikan.
- (6) Masa kerja SPI 5 (lima) tahun dan dapat dipilih kembali untuk masa kerja berikutnya.
- (7) Syarat untuk dapat diangkat menjadi anggota SPI sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani rohani;
 - b. memiliki keahlian sesuai bidang teknisnya;
 - c. integritas pengalaman;
 - d. jujur perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan rumah sakit;
 - e. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - f. memahami tugas dan fungsi rumah sakit;
 - g. memiliki ijazah paling rendah D3 (diploma tiga);
 - h. pengalaman kerja paling sedikit 3 tahun di rumah sakit;
 - i. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55(lima puluh lima) tahun;
 - j. tidak pernah dihukum dan melakukan tindak pidana yang merugikan negara dan keuangan daerah; dan
 - k. tidak pernah mengalami sanksi pidana

Paragraf 2

Komite

Pasal 48

- (1) Komite merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSKD oleh Direktur.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari;
 - a. komite Medik;
 - b. komite Keperawatan;
 - c. komite Tenaga Kesehatan Lainnya;

- d. komite Mutu;
- e. komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- f. komite Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit;
- g. komite Farmasi dan Terapi;
- h. komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;
- i. komite Etika Dan Hukum; dan
- j. komite Koordinasi Pendidikan.

Pasal 49

- (1) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf c terdiri dari;
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub komite
- (3) Susunan organisasi Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf d terdiri dari :
 - a. sub Komite Mutu, yang terdiri dari :
 1. ketua;
 2. sekretaris; dan
 3. anggota.
 - b. sub Komite Keselamatan Pasien yang terdiri dari :
 1. ketua;
 2. sekretaris; dan
 3. anggota
 - c. sub Komite Manajemen Resiko yang terdiri dari :
 1. ketua;
 2. sekretaris; dan
 3. anggota
- (4) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, komite Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit, komite Farmasi dan Terapi, Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba, komite Etika Dan Hukum, Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf e sampai dengan huruf j terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. anggota

Pasal 50

- (1) Komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf a bertugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja pada RSKD dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis pada rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan

- c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi medis.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf b bertugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja pada RSKD dengan cara menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan perawat mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, dibentuk Komite Keperawatan.
 - (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf c bertugas meningkatkan profesionalisme staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang bekerja pada RSKD dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang akan melakukan pelayanan Tenaga Kesehatan Lainnya pada rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Tenaga Kesehatan Lainnya.
 - (4) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf d bertugas membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
 - (5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf e bertugas melaksanakan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi dan pembinaan.
 - (6) Komite Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf f bertugas memberikan rekomendasi mengenai kebijakan K3RS atau masalah K3RS kepada pimpinan Rumah Sakit dan menilai pelaksanaan K3RS.
 - (7) Komite Farmakologi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf g bertugas;
 - a. mewujudkan pengobatan rasional melalui penetapan kebijakan penggunaan obat;
 - b. melaporkan kepada Direktur tentang pelaksanaan program kerja;
 - c. menyusun dan mengevaluasi formularium rumah sakit; dan
 - d. mengevaluasi kepatuhan terhadap formularium rumah sakit.
 - (8) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf h bertugas :
 - a. membantu Direktur rumah sakit dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. Membantu kepala/direktur rumah sakit dalam menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit;
 - c. membantu kepala/direktur rumah sakit dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi anti mikroba
 - d. membantu kepala/direktur rumah sakit dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi anti mikroba;

- e. menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
- f. melakukan surveilans pola penggunaan anti biotik;
- g. melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap anti biotik;
- h. menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi anti mikroba, penggunaan antibiotik secara bijak dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
- i. mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi anti mikroba; dan
- j. melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi anti mikroba kepada Direktur/Kepala rumah sakit.

(9) Komite Etika Dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf i bertugas :

- a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
- b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
- c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan dan hukum perumahsakitan;
- d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
- e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
- f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
- g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayananyang tidak dapat diselesaikan oleh komite etikaprofesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit.
- h. memberikan pertimbangan kepada Kepala atauDirektur Rumah Sakit mengenai kebijakan,peraturan, pedoman, dan standar yang memilikidampak etik dan/atau hukum; dan
- i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasiterkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

(10) Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf j bertugas;

- a. memberikan dukungan administrasi proses pembelajaran klinik;
- b. menyusun perencanaan kegiatan dan angrgran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan;
- c. menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan mahasiswa; dan
- d. melaporkan hasil tugas secara berkala kepada Direktur RSKD dan pimpinan institusi pendidikan.

Pasal 51

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf a berfungsi sebagai pengarah dalam pemberian pelayanan medis yang dilaksanakan oleh staf medis sebagai berikut :
 - a. memberikan saran kepada direktur rumah sakit;
 - b. mengkoordinasi dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis;
 - c. menangani hal yang berkaitan dengan etika kedokteran dengan membentuk sub komite etik; dan
 - e. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di RSKD.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf b berfungsi :
 - a. meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
 1. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 2. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 3. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat dan bidan.
 - b. dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan bertugas sebagai berikut :
 1. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 2. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 3. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 4. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 5. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 6. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada kepala/direktur Rumah Sakit;
 - c. dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan bertugas sebagai berikut :
 1. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 2. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 3. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 4. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
 - d. dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan bertugas sebagai berikut :
 1. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 2. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 3. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 4. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan

5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf c berfungsi :
- a. mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan lainnya yang berkompoten sesuaide dengan kewenangannya;
 - b. meningkatkan mutu profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. menegakan etika dan disiplin profesi tanaga kesehatan lainnya; dan
 - d. melaksanakan kredensial tenaga kesehatan lainnya.
- (4) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf d berfungsi :
- a. dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu berfungsi :
 1. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
 2. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSKD terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
 3. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 4. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 5. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 6. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 7. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 8. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
 9. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
 10. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 11. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian;
 12. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
 13. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
 - b. dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu berfungsi :
 1. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;

2. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSKD dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
 3. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
 4. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 5. pencatatan, analisis dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis*;
 6. pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 7. pelaporan insiden secara kontiniu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 8. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
 9. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- c. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu berfungsi :
1. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 2. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 3. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 4. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 5. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 6. pemberian usulan rencana kontingensi apabilakondisi yang tidak normal terjadi;
 7. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 8. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
 9. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- d. selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam huruf a sampai dengan huruf c, Komite Mutu melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.
- (5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf e berfungsi menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, *Human Immunodeficiency Virus* dan infeksi menular lainnya.
- (6) Komite Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf f berfungsi :
- a. menyusun dan mengembangkan kebijakan, pedoman panduan dan standar prosedur operasional K3RS;
 - b. menyusun dan mengembangkan program K3RS;
 - c. melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan K3RS; dan
 - d. memberikan rekomendasi yang berkaitan dengan K3RS untuk bahan pertimbangan Direktur Rumah Sakit.

- (7) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf g berfungsi :
- a. bertanggung jawab atas terselenggaranya pengobatan yang rasional di Rumah Sakit;
 - b. bertanggung jawab atas penggunaan obat di Rumah Sakit;
 - c. bertanggung jawab dalam menyusun dan mengevaluasi formularium rumah sakit; dan
 - d. bertanggung jawab dalam mengevaluasi kepatuhan terhadap formularium rumah sakit.
- (8) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf h berfungsi :
- a. melakukan upaya peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah resistensi anti mikroba;
 - b. melakukan pengendalian penggunaan antibiotik di RSKD;
 - c. melakukan surveilans pola penggunaan anti biotik di rumah sakit; dan
 - d. melaukan surveilans pola resistensi anti mikroba di rumah sakit.
- (9) Komite Etika Dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf i berfungsi :
- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
 - b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai bioetika dan humaniora;
 - c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
 - e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
 - f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
 - g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
 - h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.
- (10) Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf j berfungsi :
- a. membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian dibidang kedokteran jiwa;
 - b. melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh mahasiswa yang melakukan pembelajaran klinik serta dosen dan penyelia yang melakukan bimbingan supervisi proses pembelajaran klinik di RSKD.

Pasal 52

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf a berwenang :
 - a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
 - b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
 - c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
 - d. Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
 - e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis;
 - f. membentuk tim klinis lintas profesi; dan
 - g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf b berwenang :
 - a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf c berwenang :
 - a. memberikan rekomendasi dan rincian kewenangan kerja klinis;
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan kerja klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan kerja klinis
 - d. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan kerja klinis;
 - e. memberikan rekomendasi pelatihan profesi berkelanjutan; dan
 - f. memberikan rekomendasi tindakan disiplin.
- (4) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf d berwenang :
 - a. memberikan perintah dan menugaskan staf dalam melaksanakan program mutu;
 - b. meminta laporan pelaksanaan program mutu dari unit terkait;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSKD terkait pelaksanaan program peningkatan mutu;
 - d. memberikan p[engarahan dalam hal pemnyusunan, pelaksanaaan, evaluasi dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu; dan
 - e. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dari unit kerja di lingkungan RSKD.

- (5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf e berwenang :
 - a. memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
 - b. memberikan saran dan desain ruang lingkup rumah sakit agar sesuai dengan prinsip.
- (6) Komite Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf f berwenang :
 - a. menyusun program kerja dan pedoman serta panduan kerja komite;
 - b. melakukan pembinaan kinerja staf yang ada di Komite; dan
 - c. mengoordinasikan kegiatan dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab.
- (7) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf g berwenang:
 - a. memimpin jalannya organisasi Tim Farmasi dan Terapi; dan
 - b. memberi masukan atau rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit dalam menetapkan kebijakan penggunaan obat di RSKD.
- (8) Komite Pengendalian Resistensi Anti Mikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf h berwenang :
 - a. menyelenggarakan forum kajian penyakit infeksi terintegrasi;
 - b. bersama dengan Direktur RSKD melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan menetapkan rencana tindak lanjut; dan
 - c. membuat laporan berkala tiap 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun kepada Direktur RSKD.
- (9) Komite Etika Dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf i berwenang :
 - a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
 - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur RSKD mengenai sanksi terhadap pelakupelanggaran Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan.
- (10) Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) huruf j berwenang:
 - a. melakukan pemantauan dan evaluasi proses pembelajaran klinik; dan
 - b. memberikan masukan untuk penyempurnaan proses penyelenggaraan pembelajaran klinik.

Bagian Ketujuh
Tata Kerja
Pasal 53

Setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi secara vertikal dan horisontal di lingkungannya dan instalasi lain sesuai tugas.

Pasal 54

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 55

Setiap Pejabat Pengelola bertanggungjawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 56

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 57

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

Pasal 58

Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasan.

Pasal 59

Dalam menyampaikan laporan kepada atasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 60

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh Pejabat Pengelola dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kedelapan Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 61

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal 62

- (1) Pengangkatan Pegawai di RSKD dapat berasal dari PNS dan/atau Non PNS sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan PNS dan/atau Non PNS dilakukan berdasarkan prinsip efesiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.

- (3) Mekanisme pengangkatan PNS dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 63

- (1) Perpindahan PNS dan Pegawai Non PNS dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan PNS dan Pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Pasal 64

- (1) Pemberhentian PNS dilakukan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai yang berstatus Non PNS dilakukan apabila :
 - a. pegawai non pns mengajukan permohonan berhenti sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak;
 - b. pegawai non pns diberhentikan karena melakukan pelanggaran sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku; dan
 - c. pegawai non pns yang diberhentikan tidak mendapatkan hak pensiun.

Pasal 65

- (1) Pegawai RSKD diberikan penghasilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penghasilan dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi kerja dan penghasilan lainnya yang sah.

Bagian Kesembilan Pengelolaan Sumber Daya Sarana

Pasal 66

- (1) Pengelolaan sumber daya sarana harus memenuhi prinsip keselamatan, kesehatan, kenyamanan, keamanan dan kemudahan.
- (2) Sarana RSKD berupa bangunan gedung harus berada dalam satu area yang terintegrasi dan saling berhubungan.
- (3) Sarana RSKD harus memenuhi persyaratan teknis dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh Pengelolaan Sumber Daya Sarana Prasarana

Pasal 67

- (1) Pengelolaan sumber daya prasarana meliputi peralatan medis dan

peralatan non medis yang memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan laik pakai.

- (2) Prasarana medis dan non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan standar dan kebutuhan pelayanan RSKD.
- (3) Prasarana harus memenuhi persyaratan teknis dengan berpedoman pada ketentuan Peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesebelas Standar Pelayanan Minimal

Pasal 68

- (1) Gubernur menetapkan standar pelayanan minimal untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur RSKD.
- (3) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 69

Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :

- a. fokus pada jenis pelayanan;
- b. terukur;
- c. relevan dan dapat diandalkan; dan
- d. tepat waktu.

Pasal 70

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Kedua Belas Pengelolaan Keuangan

Pasal 71

Pengelolaan keuangan RSKD berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

Pasal 72

Penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual dan standar akuntansi pemerintahan dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71.

Pasal 73

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan RSKD dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal dan biaya pengadaan barang dan jasa .

Bagian Ketiga Belas Tarif Pelayanan

Pasal 74

- (1) RSKD memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan jasa dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.

Pasal 75

- (1) Tarif layanan RSKD diusulkan oleh Direktur RSKD kepada Gubernur melalui sekretaris Daerah .
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetensi yang sehat.
- (4) Gubernur dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh gubernur yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. pembina Teknis;
 - b. pembina Keuangan;
 - c. unsur Perguruan Tinggi; dan
 - d. organisasi Profesi.

Pasal 76

- (1) Peraturan Gubernur mengenai tarif layanan RSKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 dan Pasal 75.

Bagian Keempat Belas

Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1

Pendapatan

Pasal 77

Pendapatan RSKD dapat bersumber dari :

- a. jasa layanan;
- b. Hibah;
- c. APBD; dan
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

Pasal 78

- (1) Pendapatan RSKD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf a dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat .
- (2) Pendapatan RSKD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Pendapatan RSKD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf c dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
- (4) Pendapatan RSKD yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf d dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekosentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain

Pasal 79

RSKD dalam melaksanakan anggaran yang bersumber dari Dana Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara APBN, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 80

- (1) Pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola setiap triwulan.
- (2) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Biaya

Pasal 81

- (1) Biaya RSKD terdiri dari biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 82

- (1) Biaya Operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (1), terdiri dari :
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri dari :
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari :
 - a. biaya pegawai
 - b. biaya administrasi kantor
 - c. biaya pemeliharaan
 - d. biaya barang dan jasa
 - e. biaya promosi
 - f. biaya umum dan administrasi lainnya

Pasal 83

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (1) terdiri dari :

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan asset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain.

Pasal 84

Seluruh pendapatan dan biaya RSKD yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 dan Pasal 81 ayat (1) dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 85

- (1) Pengeluaran biaya RSKD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas rencana kerja dan anggaran yang telah ditetapkan secara definitive.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan selain dari anggaran pendapatan dan belanja Negara/APBD dan hibah terkait.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah .

Pasal 86

- (1) Ambang batas rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud dalam pasal 85 ayat (2) ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional RSKD.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dalam rencana kerja dan anggaran dan daftar dokumen pelaksanaan anggaran rumah sakit oleh tim anggaran Pemerintah Daerah .
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan .

Bagian Kelima Belas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 87

- (1) Pengelolaan sumber daya lain terdiri dari sarana prasarana, gedung dan jalan dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi RSKD.

Bagian Keenam Belas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah RSKD

Pasal 88

- (1) RSKD wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kerapian, keindahan dan keselamatan .

Pasal 89

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam pasal 88 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah RSKD.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh Belas
Kerja Sama

Pasal 90

- (1) Kerjasama RSKD dengan pihak lain dilaksanakan dengan prinsip-sebagai berikut :
 - a. efisiensi, yaitu kerjasama yang dilaksanakan dengan cara menekan biaya guna memperoleh suatu hasil tertentu atau menggunakan biaya yang sama tetapi dapat mencapai hasil yang maksimal;
 - b. efektivitas, yaitu kerjasama yang dilaksanakan dengan mendorong pemanfaatan sumber daya para pihak secara optimal dan bertanggung jawab untuk kesejahteraan masyarakat;
 - c. sinergi, yaitu kerjasama yang dilaksanakan untuk terwujudnya harmoni di kedua belah pihak guna tercapainya kesejahteraan masyarakat;
 - d. saling menguntungkan, yaitu kerjasama yang harus dapat memberikan keuntungan;
 - e. kesepakatan bersama, yaitu persetujuan para pihak untuk melakukan kerja sama;
 - f. etiked baik, yaitu kemauan para pihak untuk secara sungguh-

- sungguh melaksanakan kerja sama;
- g. persamaan kedudukan, yaitu persamaan dalam kesederajataan dan kedudukan hukum bagi pihak yang melakukan kerja sama;
 - h. transparansi yaitu keterbukaan dalam kerja sama;
 - i. keadilan, yaitu adanya persamaan hak dan kewajiban serta perlakuan para pihak dalam melaksanakan kerjasama; dan
 - j. kepastian hukum, yaitu bahwa kerjasama yang dilakukan dapat mengikat secara hukum bagi para pihak yang melakukan kerja sama.
- (2) Kerjasama RSKD meliputi :
- a. kerja sama dalam bidang pendidikan dan pelatihan;
 - b. kerja sama Operasional; dan
 - c. kerja sama usaha lain yang menunjang tugas dan fungsi RSKD.
- (3) Kerja sama dalam bidang pendidikan dan penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a yaitu bentuk kerjasama yang dilakukan antara RSKD dengan lembaga pendidikan dalam hal RSKD sebagai lahan praktik dan tempat penelitian bidang kesehatan jiwa.
- (4) Kerjasama operasional sebagaimana yang dimaksud dimaksud pada ayat (2) huruf b adalah merupakan perikatan antara RSKD dengan pihak lain melalui pengelolaan manajemen dan operasional secara bersama dengan pembagian keuntungan sesuai kesepakatan kedua belah pihak.
- (5) Kerjasama usaha lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf c merupakan kerjasama dengan pihak lain yang menghasilkan pendapatan bagi RSKD dengan tidak mengurangi kuelelitas pelayanan yang menjadi kewajiban RSKD.

Bagian Kedelapan Belas
Pengadaan Barang Dan Jasa
Pasal 91

- (1) RSKD dapat melakukan pengadaan barang dan jasa.
- (2) Pengadaan barang dan jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibiayai oleh APBD atau anggaran pendapatan dan belanja Negara.
- (3) Pngaadaan barang dan jasa RSKD dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan perundang-undangan.

BAB III
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 92

Peraturan Internal Staf Medis dimaksudkan untuk menciptakan kerangka kerja agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 93

Peraturan Internal Staf Medis bertujuan :

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien;
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan pemerintah dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Organisasi Staf Medis dan Tanggung Jawab

Pasal 94

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan RSKD.
- (2) Organisasi staf medis bertanggung jawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga

Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 95

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran pada unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Bagian Keempat

Keanggotaan

Pasal 96

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan Hak Khusus yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 97

Untuk dapat bergabung dengan RSKD sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi dan Surat Ijin Praktik, kesehatan jasmani dan rohani yang layak untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku yang baik.

Pasal 98

Fungsi Staf Medis RSKD adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 99

Tugas Staf Medis RSKD adalah :

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Bagian Kelima

Kategori Staf Medis

Pasal 100

Staf Medis RSKD dikelompokkan ke dalam kategori :

- a. staf medis organik;
- b. staf medis kontrak;
- c. staf medis mitra;
- d. staf medis relawan; dan
- e. staf medis tamu.

Pasal 101

- (1) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya/menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan persyaratan memenuhi bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal kelompok Staf Medis tidak memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 102

Tanggung Jawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

- a. memberikan rekomendasi melalui ketua komite medis kepada direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di RSKD untuk mendapatkan surat keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui ketua komite medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di RSKD untuk mendapatkan keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui ketua komite medik kepada Direktur mengenai hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur sekali setiap bulan melalui ketua komite medik kepada direktur dan/ atau bidang pelayanan medik dan

penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan yang dianggap perlu; dan

- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Pasal 103

Kewajiban Kelompok Staf Medis RSKD adalah :

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk setiap anggota.

Pasal 104

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota dan dapat dijabat oleh Dokter Organik.
- (2) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis dilaksanakan dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (3) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 105

- (1) Masa kerja Staf Medis yang berasal dari PNS adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Masa kerja Staf Medis Pegawai Non PNS adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.
- (3) Masa kerja Staf Medis Mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.
- (4) Masa kerja Staf Medis Relawan adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal 106

Pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit dilakukan dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 107

Staf Medis yang merupakan PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Bagian Keenam Pemberhentian Staf Medis

Pasal 108

Staf Medis yang berasal dari PNS diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 109

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 110

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Bagian Ketujuh Kewenangan Klinik

Pasal 111

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis RSKD diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di RSKD.
- (3) Dalam hal terdapat kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/ atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 112

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (1) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 113

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas, maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 114

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 115

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Kedelapan Tindakan Korektif

Pasal 116

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

Pasal 117

Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan

Pembinaan

Pasal 118

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 119

- (1) Apabila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 membuktikan kebenaran, maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan.
- (4) Direktur memiliki waktu paling lama 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (5) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bersifat final.

Bagian Kesepuluh Penilaian

Pasal 120

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di RSKD secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesebelas

Sanksi

Pasal 121

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik dan mitra yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, peraturan rumah sakit, klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya disesuaikan dengan pelanggaran yang dilakukan.

Pasal 122

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur RSKD setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa :

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi staf medis organik; dan
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

BAB IV

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 123

- (1) Gubernur melalui Kepala Dinas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Internal RSKD.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sosialisasi, supervisi, bimbingan teknis dan asistensi.
- (3) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas monitoring, evaluasi dan pelaporan;

BAB V

PEMBIAYAAN

Pasal 124

Pembiayaan pelaksanaan Peraturan Internal RSKD dibebankan pada APBD.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 125

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Nomor 62 tahun 2017 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku (Berita Daerah Provinsi Maluku Tahun 2017 Nomor 62) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 126

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Maluku.

Ditetapkan di Ambon
pada tanggal 12 Desember 2022
GUBERNUR MALUKU,

TTD

MURAD ISMAIL

Diundangkan di Ambon
pada tanggal 12 Desember 2022
PENJABAT SEKRETARIS DAERAH PROVINSI MALUKU,

TTD

SADALI IE

BERITA DAERAH PROVINSI MALUKU TAHUN 2022 NOMOR 281.